Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 6 grudnia 1884. № 49. Rok XXIII.

I. Sześć laparotomij wykonanych z powodu niedrożności jelit.

Opisał prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

W obec świeżo przez Dra Schramma ogłoszonego studyjum klinicznego z kliniki prof. Mikulicza (Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego z r. 1884, zeszyt 1 i 2 i w *Archiv. f. klin. Chirurgie* t. XXX, zeszyt 4), w którém znajdujemy wyczerpująco przedstawiony stan obecny nauki o laparotomii w niedrożności jelit, byłoby zbytecznem zastanawiać się nad tym przedmiotem, gdyby nie okoliczność, że właśnie pilne rozpatrzenie się w téj znakomitéj pracy naprowadza na myśl, że na tém polu jest jeszcze wiele do zrobienia.

Przedewszystkiém zaś uderza, że dotychczasowa kazuistyka dotyczących przypadków jest jeszcze bardzo skąpą a każdy to przyzna, że jedynie na podstawie licznych sumiennie postrzeganych przypadków, chociażby nawet niekorzystnych ale rozbiorem zwłok wyświeconych, możemy dojść do ustalenia tak wskazań, jakotéż i metody téj niewątpliwie zbawiennéj operacyi.

Tylko wnioski oparte na znacznym materyjale statystycznym mogą imponować i zdołają uprzedzenie niektórych lekarzy jakotéż i leczących się przezwyciężyć. — Tak samo miała się rzecz i z innemi operacyjami, jak np. z tracheotomiją i owaryjotomiją, a jednak przy niezmordowanéj wytrwałości chirurgów utorowały one sobie drogę już raz na zawsze i dzisiaj żaden lekarz do nich się więcéj nie uprzedza.

Temi zasadami powodowany przystępuję do omówienia moich sześciu przypadków, z' których cztery operowałem w szpitalu św. Łazarza, jeden w tutejszym szpitalu garnizonowym i jeden w domu prywatnym.

1. Aron A., 20-letni szmaciarz z Cieszanowa, przybył ztamtąd za poradą lekarza powiatowego Dra Wursta rannym pociągiem 18 września rb. wprost do oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, gdzie zaraz zbadany przezemnie wspólnie z prymaryjuszem Drem Paszkowskim okazywał stan następujący: U dobrze odżywionego i dobrze zbudowanego młodzieńca, który od czasu do czasu zrywa się z powodu bólu i chwyta rękami za brzuch lub w kłębek się zwija, znaleźliśmy obok prawidłowych stosunków w organach krążenia i oddychania zmiany dotyczące głównie przewodu pokarmowego. Język obłożony, brak apetytu, odbijania, nudności, czasem a osobliwie po przełknięciu czegoś wymioty lecz niekałowe; brzuch wzdęty znacznie więcéj po bokach niż około pępka, wątroba i śledziona ku górze wyparte, wypuk na całéj powierzchni brzucha jawny wysoki; jelito poprzeczne cieniuje się bardzo wyraźnie przez powłoki brzuszne; przy obmacaniu, które natychmiast wywołuje napad bólu, nie można nigdzie w głębi jamy brzusznéj wymacać jakiś guz lub nawet miejsce znaczniejszy opór stawiające. Przy wstrząsaniu brzucha słychać wodowietrzny odgłos pochodzący od przelewającego się płynu wśród rozszerzonych jelit, który czasem dobrowolnie powstaje. Mimo to siły chorego dosyć dobre, czego najlepszym dowodem, że o 40 mil w czwartym dniu przyjechał koleją a z dworca pieszo przybył do szpitala. — Z wywiadów nadmienić wypada jeszcze o jednéj ważnéj okoliczności, tj. że pacyjent miał już kilkakrotnie zapadać w odstępach kilkutygodniowych na podobne jak obecne przypady, które jednak dotąd zawsze ustępowały po kilkogodzinném trwaniu.—Na podstawie takiego stanu obecnego rozpoznawaliśmy niedrożność kiszek grubych najprawdopodobniéj przez skręcenie powstałą i postanowiliśmy, pomimo że na miejscu były już użyte różne środki przeczyszczające, jeszcze kilkakrotnie zastosować wlewanie znacznych ilości płynów za pomocą głęboko wprowadzonéj sondy gardzielowéj i lejka Hegara.— Gdy mimo takiéj procedury, wśród któréj zdawało się nawet, że koniec sondy przechodzi jakby przez schód, przypady nie tylko się nie zmniejszały, ale niektóre z nich, jak wzdęcie brzucha i osłabienie ogólne, nawet się wzmogły a przytém nowe wystąpiły, jak: wolny płyn w jamie brzusznéj i podniesienie się ciepłoty do 38°C., przystą-

piłem zaraz rano dnia 19go września do laparotomii po zadosyćuczynieniu wszystkim warunkom antyseptyki.—Cięcie w linii białéj 12 cm. długie, poczém wysunęły się zaraz mocno rozdęte lecz zaledwie blado-różowe kiszki grube, po taśmie podłużnéj na wolnym brzegu jako takie rozpoznać się dające a obok nich wylało się około 200 grm. płynu jasnocisawego niemętnego. — Rozdęcie wydobytéj pętli było tak znaczne, że aby umożebnić sobie rozpatrzenie w stosunkach jamy brzusznéj, zmuszony byłem nakłóć kiszkę trójgrańcem probierczym, za pomocą którego wypuściłem znaczną ilość gazów śmierdzących i nieco kału rzadkiego, poczém pętla nieco opadła. Teraz mogłem wprowadzić prawą rękę do zatoki biodrowéj lewéj a ztąd do małéj miednicy, odszukałem prostnicę, posuwałem się po niéj ku górze, któryto ruch doprowadził mnie do owéj właśnie pętli rozdętéj, o któréj poprzednio była mowa. Wśród téj pętli wyczuć się dawał w głębi sznurek naprężony od góry i lewéj ku dołowi i prawéj stronie przebiegający, po wydobyciu którego przekonałem się, że był dwa razy około swéj osi skręconém śródjeliciem przyokrężném, skutkiem czego światło kiszki esowatéj w dolnéj swéj części zostało zniesioném. Poniżéj kiszka zapadnięta, powyżéj zaś rozdęta począwszy od górnéj połowy kiszki esowatéj aż do jelita czczego, które położone pod owem wyprężoném śródjeliciem było zapadłe. Po odkręceniu raz i drugi owego skrętu dało się wprawdzie śródjelicie wyprostować, mimo to nie miałem jeszcze pewności, czy to skręcenie bylo jedynym powodem zaparcia jelit w niniejszym przypadku, gdy niezwykłe wydarzenie dało tego niezbity dowód, oto podczas próby wprowadzenia jelita odkręconego puścił się otworem stolcowym w znacznéj ilości kał rzadki i bardzo cuchnący. Dla tego czémprędzéj odprowadziłem jelito, oczyściwszy je dokładnie w miejscu nakłócia i zaszyłem ranę szwem trójrzędowym, tj. otrzewnę szwem kuśnierskim, katgutowym, pokład mięsny czterema szwami płytkowemi a skórę szwem kuśnierskim jedwabnym.— Z wyjątkiem narzędzi, które leżały w 3% wodzie karbolowéj, wszystko inne było odrażane rozczynem sublimatu z tymolem (1:0,50:2000). Przebieg pooperacyjny był bardzo prosty. W dwanaście godzin po operacyi drugi stolec, ustąpienie wszystkich bólów, poty obfite, sen spokojny.

Piątego dnia odjęto szwy płytkowe, ósmego szew jedwabny, a dziesiątego odjechał rekonwalescent w stanie zupełnego zdrowia.

2. Karol K., lat 63 liczący, stolarz, przeniesiony został w dniu 19 grudnia 1883 r. z oddziału prof. Pareńskiego, który po dwudniowéj obserwacyi rozpoznał wgłobienie kiszek. Cierpienie rozpoczęło się 14 grudnia od bólu brzucha, wzdęcia, nudności, do których wreszcie przystąpiły wymioty kałowe i brak stolca.

Badanie brzucha wykazało wzdęcie miernego stopnia przeważnie po bokach, mniéj zaś w okolicy pępka. Po stronie lewéj po nad i równolegle z więzom Pouparta obrzęk elastyczny nieco przy dotyku bolesny a przy wypuku równie jak i reszta brzucha odgłos bębenkowy wykazujący. Badanie palcem przez kiszkę stolcową nie daje bliższych wyjaśnień. W płucach i sercu nic nieprawidłowego, ciepłota niepodwyższona, tętno drobne nikłe, zapad wyraźny, osłabienie znaczne.

Jakkolwiek z góry można było powiedzieć, że tak znaczne osłabienie w obec trwania choroby od dni pięciu będzie odpowiadało rozpoczętéj już sprawie zapalnéj w otrzewny, to jednak wychodząc z zasady, że „*melius remedium anceps, quam nullum*,“ przystąpiono po wstrzyknięciu kilku strzykawek eteru pod skórę do laparotomii. Po zachloroformowaniu i przecięciu ściany brzusznéj w linii białéj znalazłem w lewéj zatoce biodrowéj guz w jelicie niezwykły opór stawiający. Miejsce to wydobyte na zewnątrz było przeszło 30 cm. długie i okazało się jako wgłobienie jelita biodrowego w pobliżu kiszki ślepéj. Wysuwanie musiałem wykonywać bardzo ostrożnie z powodu licznych miejsc szarych zapadłych, z powodu których zmuszony byłem resekować jelito w długości około 90 cm. Odprute śródjelicie popodwiązywałem katgutem, końce jelit zespoiłem szwem dwurzędowym również katgutowym. Reszta jelit była koloru czerwonego, w jamie brzusznéj kilkaset gramów płynu ciemnego mętnego.

Po dokładném oczyszczeniu jamy brzusznéj i posypaniu miejsca resekowanego proszkiem jodoformowym zeszyłem brzuch szwem trzyrzędowym. Do antyseptyki użyłem sublimętu (1:1000).—Zaraz po operacyi miał się chory dosyć dobrze, nawet tętno znacznie się poprawiło. W kilka godzin późniéj oddał operowany po dwakroć stolec. Dopiero w dwanaście godzin po operacyi zaczął znowu słabnąć i umarł w 24 godzin po operacyi. — Z protokółu sekcyjnego (prof. Browicz) wypada mi tylko wyszczególnić, że przyczyną śmierci było świeże ostre zapalenie otrzewny i że końce jelita biodrowego resekowanego bardzo dobrze były zespojone.

3. Bronisława B., lat 18 licząca szwaczka, przybyła na oddział chirurgiczny w dniu 23 stycznia 1884 r. z oddziału wewnętrznego prof. Pareńskiego, który na podstawie obserwacyi dwudniowéj rozpoznał niedrożność jelit.

Wywiady wykazały, że pacyjentka doznawala często zaparcia stolca; przed czterema tygodniami wystąpiło ono wybitniéj niż kiedykolwiek i w towarzystwie wymiotów, lecz uśmierzyło się po trzech dniach. — Przed tygodniem wystąpiły te same objawy, a mianowicie po zjedzeniu kiszki i tym razem już nie tylko nie ustępowały, ale się coraz bardziéj wzmagały.—Badanie w dniu 23 stycznia 1884 przedsięwzięte wykazało: U dziewczyny dobrze zbudowanéj i odżywionéj widzimy twarz zapadniętą i boleść wyrażającą. Chora ciągle stęka i od czasu do czasu wskazuje na brzuch jako przyczynę bólu. Obok tego stwierdzono m a j a c z e n i a i z r y w a n i a s i ę. Ciepłota ciała prawidłowa 37·5°C. Tętno nikłe 120 uderzeń na minutę. Brzuch znacznie wzdęty, przy dotyku bolesny, kształtu kulistego; przy wstrząsaniu słychać przelewający się płyn. Przy wypuku stwierdzono w niektórych miejscach stłumienie, w innych zaś wysoki metaliczny odgłos; miejsca te zmieniały się stósownie do położenia. Wymioty kałowe; brak stolca od 6 dni pomimo różnych środków w domu i szpitalu użytych.

W obec tego stanu nie pozostawało nic innego jak przystąpić do laparotomii, którą téż natychmiast wykonałem. Cięciem 12cm. długiém w linii białéj otwarłem brzuch, poczém pokazały się jelita rozdęte wiśniowo zabarwione tu i owdzie włóknikiem pokryte. Gdy ręka we wszystkich kierunkach przesunięta nie natrafiła na nic szczególniejszego, postanowiłem iść za jelitem cienkiém ku kiszce ślepéj i rzeczywiście w samém jéj pobliżu znalazłem taśmę grubości palca ze sieci utworzoną i gdzieś w miednicy po stronie prawéj uczepioną, która uciskając na jelito biodrowe tuż powyżéj kiszki ślepéj zupełnie je zamknęła. Taśmę ową przeciąwszy uwolniłem uwięźnione jelito, które jeszcze zdawało się być zdolném do życia. Gdy jednak wysunięte podczas szukania dwa metry jelita, które tymczasem w aseptyczne ujęto serwety, starałem się napowrót do jamy brzusznéj wprowadzić, pękła jedna pętla właśnie w tém miejscu, w któ-

rém zamyślałem wykonać punkcyję. Wydobyło się dużo gazów i rzadkiego kału, który szczelnie schwytano do podstawionych miedniczek, miejsce zaś pęknięte przewiązano katgutem i dla większéj pewności zespojono nad niém otrzewnę kilkoma szwami. Po dokładném oczyszczeniu i odprowadzeniu téj ostatniéj pętli zaszyto ranę trzyrzędowym szwem i nałożono opatrunek antyseptyczny. Po przebudzeniu się choréj, znalazłem stan taki jak przed operacyją; bóle i majaczenia nie ustawały, zapad coraz widoczniejszy. Mimo użytych środków skrzepiających nastąpiła śmierć w 24 godzin po operacyi.

Z protokołu sekcyjnego wyjmuję następujące daty ważniejsze: Po otwarciu jamy brzusznéj okazały się jelita ułożone prawidłowo, otrzewna mocno zaczerwieniona pokryta cienką warstwą wypociny włóknikowéj, ztąd jelita dosyć silnie z sobą pozlepiane. Obok wypociny włóknikowéj znajduje się w jamie brzusznéj mała ilość cieczy mętnéj, krwawéj. Otrzewna jelita cienkiego zaczerwieniona, podbiegnięta krwawo na licznych bardzo miejscach. Sieć w dolnéj swéj części rozszczepana na dwie odnogi, w których jedna biegnie ku jajnikowi prawemu i z nim spojona dosyć silnym zrostem dawnym. Druga odnoga biegnie poprzecznie przez jamę brzuszną i jest przerwana, koniec jéj jednak można wykazać spojony ze zgięciem esowatém. Mniéj więcéj na cal od kiszki ślepéj okazuje się jelito cienkie zcieńczałe, światło jego w tém miejscu węższe. Cała ściana jelita zajęta mnóstwem wybroczyn. Wśród błony śluzowéj jelita cienkiego liczne wybroczyny, błona rozpulchniona, mocno przekrwiona. Kępki Payerowskie i gruczoły odosobnione powiększone, wystające nad powierzchnię jelita, miękkie, rdzewiaste i licznemi wybroczynami zajęte. Na miejscu niektórych kępek ubytki o dnie nierównėm chropawém. Rozpoznanie anatomiczne: *Peritonitis fibrinoserosa. Typhus abdominalis in stadio infiltrationis. Residua peritonitidis. Perimetritis. Oophoritis. Hyperaemia pulmonum. Degeneratio adiposa cordis, hepatis et renum.*

4. Emil D., 19-letni subjekt handlowy, przybył do szpitala w dniu 13 lipca 1884 i opowiada: że choroba jego rozpoczęła się przed kilku dniami od nagłego silnego w napadach powracającego bólu w brzuchu, i że od tego czasu nie było stolca pomimo różnych użytych środków. Z kilkodniowéj obserwacyi Dra Jodłowskiego jakoteż narady wspólnéj odbytéj w dniu 12 lipca b. r. z tymże i prymaryjuszem Paszkowskim podać mogę następujące szczegóły: Brzuch miernie wzdęty, przy dotyku bolesny, przy wypuku wszędzie odgłos bębenkowy wykazujący, zdaje się jakby ponad lewym więzem Pouparta był nieco wysadzonym. Wymioty od czasu do czasu osobliwie po napiciu się czego, lecz niekałowe. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno nikłe, 120. Pod wrażeniem takiego stanu obecnego i wywiadów rozpoznaliśmy niedrożność jelit, nie mogąc bliżéj określić rodzaju tegoż i postanowiliśmy przystąpić dnia następnego do laparotomii. Jakież było moje zdziwienie, gdy po przecięciu ściany brzusznéj pokazała się w głębi gęsta ropa, wydobywając się powoli z pomiędzy posklejanych ze sobą jelit. Widząc taki stan rzeczy zdecydowałem się do natychmiastowego zeszycia rany, gdyż sądziłem i sądzę, że tylko w razie wolnéj wypociny ropnéj można próbować jamę brzuszną oczyścić, wydrenować i tym sposobem skutek dobry osiągnąć. Pacyjent żył jeszcze 30 godzin. Sekcyja wykazała, że w wyrostku robaczkowym znajdowało się ciało obce (koprolit), które sprowadziło najprzód chroniczne zlepne zapalenie otrzewny, następnie owrzodzenie wyrostka i ropne zapalenie, którego początek przypadł zapewne na owo gwałtowne wystąpienie bólów z równoczesnemi objawami niedrożności jelit.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 października 1884).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński.
I asystent kliniki lek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

W innym kierunku na uwagę załuguje następujący przypadek:

VII. A. S., lat 40. Oprócz zimnicy innych chorób nie przebywał. Od roku kaszel i napady duszności. Zgłosił się do kliniki d. 11 listopada 1883 r. w następującym stanie.

Budowa dobra. Twarz i odnogi dolne obrzękłe. Wargi sinawe. Klatka piersiowa beczułkowata. Oddech nasilony. Granice płuc znacznie obniżone. Nieżyt w płucach rozległy. Obustronna opuchlina piersiowa. Stłumienie serca w rozmiarze poprzecznym nieco zwiększone. Tony wszystkie głuche, ale czyste. Tętno liczne, miękkie. Śledziona niepowiększona, wątroba znacznie przy dotyku bolesna. W jamie brzusznéj wolny płyn. Ilość moczu skąpa, zawiera ślad białka, bez morfotycznych składników.

Cały więc stan chorego przedstawił się jako: *Emphysema pulm. major. gradus; bronchitis diffusa subq. dilatatione cordis dextri, hyperaemia passiva hepatis et renum et hydrope universali.*

Aby skrzepić akcyję serca, a więc i prawą komórkę, któréj osłabienie wywołało te objawy niedomogi, podano choremu *Extr. Conval maj.* 1·50:150. Gdy dwie dawki pozostały bez skutku widocznego, zastósowano *inf. fol. digit.* 1·50:200. Zwolna kompensacyja się wytwarzała, dowodem tego zwiększona ilość moczu, obniżenie jego ciężaru gatunkowego, lepsze napięcie i zwolnienie tętna, ustępowanie opuchliny, a w związku z tém polepszenie się uczucia podmiotowego. Podane wtedy *Extr. conval. maj.* spotęgowało jeszcze to dodatnie działanie naparstnicy podnosząc ilość moczu z 1100 cm. na 2500, a chory na własne żądanie w stanie znacznie lepszym opuścił klinikę.

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat.	Licz. tęt.		Leczenie
			rano	wieczór	
12 List.	40	1·040	88	88	Extr. conval. maj. 1·50:200
13 „	330	1·035	88	90	„
14 „	300	1·037	92	90	Inf. fol. digit. 1·50:200
15 „	210	„	78	74	„
16 „	400	1·041	90	?	„
17 „	600	1·032	80	66	„
18 „	1100	1·024	66	80	Extr. conval. maj. 1·50:200
19 „	2400	1·017	90	80	„
20 „	2500	1·009	80	—	opuszcza klinikę

W przypadku więc tym zastósowana konwalia majowa z początku nie działała, dopiero po poprzedniém skrzepieniu akcyi serca przez naparstnicę działanie téj ostatniéj nie tylko się utrzymała, ale nawet podniosła.

VIII. F. S., lat 25. Zawsze zdrów, służył w wojsku. Dopiero przed 1½ rokiem począł pluć krwią, wkrótce do tego przyłączyło się bicie serca a przed kilku tygodniami wystąpiły silna duszność i opuchlina, która się ciągle wzma-

gała. Ze stanu, jaki chory przy przyjęciu w d. 7 listopada 1883 przedstawiał, wyjmuję najważniejsze szczegóły: Opuchlina ogólna. Policzki i wargi sine. Lekka żółtaczka. Żyły szyjne wypełnione. Oddech ciężki. W narządzie oddechowym rozległy nieżyt szczególniéj w częściach dolnych; w górnéj części płuca lewego objawy zawału (chory obecnie pluje krwią). Obustronna opuchlina opłucnowa. Wstrząśnienie w okolicy serca jest słabe, występuje na znacznéj przestrzeni, najwyraźniejsze jest w 5 przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od sutka. Obmacanie wykazuje skurczowy koci mruk. Stłumienie w okolicy serca przedstawia trójkąt wierzchołkiem sięgający do górnego brzegu 3go żebra, a spoczywający na podstawie 16 cm. długiéj, ciągnącéj się wzdłuż 6go żebra na 3 cm. po za linię sutkową lewą, a 3½ po za linię środkową ciała. Nad komórką lewą skurczowy długi, rozkurczowy krótszy szmer; nad tętnicą główną i płucną 2 głuche tony obok udzielonych szmerów. Tętne 100, słabe. Brzuch wzdęty od wolnego płynu. Wątroba powiększona, bolesna. Ilość moczu 360 cm. sześć.; ślad białka.

Rozpoznanie: *Insuff. valv. mitr. et stenosis ostii ven. sinistri in stadio incompens. Infarct. pulm. sinist.*

Jak tabliczka niżéj podana wykazuje w przypadku znów tym ani konwalija (3 dawki), ani naparstnica (3 dawki), ani środki podniecające nie zdołały przywrócić kompensacyi, owszem wśród leczenia opuchlina się powiększyła. Jeden tylko gorzykwiat podniósł ilość moczu, zwolnił liczbę tętna i podniósł jego napięcie, może być, że przy dalszém stósowaniu tego ostatniego leku chociaż w części dałaby się osiągnąć poprawa, chory jednak zmuszony sprawami domowemi usunął się od dalszéj obserwacyi.

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat.	Licz. tęt. rano	Licz. tęt. wieczór	Ciężar ciała w klgrm.	Leczenie
8 List.	360	1·028	100	96	67 35	Inf. flor. Conv. 5:200
9 „	420	„	92	88	—	„
10 „	310	1·030	92	92	67 20	„
11 „	400	„	88	100	67·40	Aether acet. 4:200
12 „	600	„	96	92	67·85	„
13 „	450	„	100	92	68	„
14 „	400	1 032	92	92	68·50	Inf digit. 1:200
15 „	400	„	92	92	—	„
16 „	450	„	88	92	—	„
17 „	400	„	88	80	—	Inf. adon. ver. 4:200
18 „	550	1·027	80	80	68 70	„
19 „	600	„	80	84	—	opuszcza klinikę

IX. J. K., lat 22. Zawsze zdrowa. W jesieni r. 1883 wypadła z łódki do rzeki, wyciągnięto ją nieprzytomną. Od tego czasu nie mogła już wrócić do pierwotnego stanu zdrowia. Kolejno wystąpiły bicie serca, duszność, opuchlina znacznego stopnia. W d. 2 maja rb. zgłosiła się do kliniki.

Szczegóły obchodzące nas ze stanu choréj są następujące:

Skóra blada, chłodna, wszędzie silnie obrzękła. Na policzkach, wargach i odnogach sinica. Oddechy nasilone. Rozległy nieżyt. Obustronna opuchlina opłucnowa. Uderzenie serca słabo wyczuwalne w 5 przestworze międzyżebrowym nieco na zewnątrz linii sutkowéj lewéj. Stłumienie sięga od 3—6 żebra, na prawo przekracza 4½ cm. linię środkową ciała, na lewo 2 cm. linię sutkową lewą przechodząc po za uderzenie końca serca. Nad komórką lewą słaby skurczowy szmer, rozkurczowy nieczysty głuchy ton; nad tętnicami i komórką prawą prawie niedosłyszalne tony, których dokładnie określić nie można. Tętno 120 na minutę, ledwo wymacać się dające. Brzuch bardzo znacznie powiększony w skutek nagromadzonego wolnego płynu. Dolnego brzegu wątroby ani wymacać ani wypukiem oznaczyć nie można. Śledziona rozmiarów prawidłowych. Od dwóch dni chora moczu wcale nie oddała; odjęty cewnikiem w ilości 150 cm. sz. o c. g. 1·031, zawierał ślad białka dobrze spostrzegalny, bez morfotycznych składników.

Rozpoznanie: *Insuff. valv. bicusp. in stadio compl. incomp. Degeneratio adiposa cordis.*

W leczeniu zwrócono się naprzód ku środkom podniecającym z ujemnym wynikiem, zastósowane obok tychże w dalszym ciągu gorzykwiat (4 dawki) 8:200, naparstnica (4 dawki (1:200), wyciąg cebuli morskiéj (3 dawki) 0·30:200, nie zdołały ani na chwilę skrzepić akcyi serca. Szybkim krokiem chora zbliżała się ku niepomyślnemu zwrotowi przedstawiając znany przykry stan końcowy wad sercowych i w d. 18 maja zakończyła życie.

Sekcyja dokonana w zakładzie prof. Browicza wykazała: *Myocarditis fibrosa musculorum papill. ventriculi sinistri sequente insuff. valv. bicusp. Hypertrophia totius cordis, praecipue dextri et atrii sinistri et degeneratio musculi cordis adiposa. Endocarditis verucosa recens valv. sem. aortae. Hydrops universalis insignis, praecipue hydrops anasarca cum eczemate et ulceratione regionum inguinalium, ascites, hydrothorax et hydropericardium. Oedema acut. pulm. cum compressione et atelectasi marginum infer. eorum ex hydrothorace. Hyperaemia passiva meningum et cerebri oedematici. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus.*

Przypadek ten z ujemnym wynikiem przytoczyłem dlatego, aby nie ukrywać, że jest naturalnie pewna granica możebności w działaniu wspomnianych leków, tj. gdy zwyrodnienie mięśnia sercowego dosięga znacznego stopnia, gdy i podana naparstnica (dotychczasowe *ultimum refugium* w takich razach) i środki podniecające pozostają bez skutku.

Na podstawie przytoczonych historyj chorób, wyjętych z liczniejszego materyjału, możemy o obydwóch tych środkach użytych w niekompensowanych zboczeniach narządu krążenia wypowiedzieć następujące uwagi:

Wśród używania tych dwóch środków uderzenia serca stają się wyraźniejsze i spokojniejsze, co do liczby mniéj częste, z czém w parze idzie lepsze napięcie tętnic i zmniejszenie się lub ustąpienie arytmii, jeżeli takowa poprzednio istniała. Rozmiary serca, szczególniéj komórki prawéj, powiększone wskutek rozszerzenia jam sercowych, maleją. Wobec zjędrnienia czynności serca tony lub szmery stają się wyraźniejsze. W związku z tém zjędrnieniem mięśnia sercowego ilość dzienna moczu wzrasta nieraz z 300cm.sz. na 2000—3000cm.sz., a z powiększeniem ilości opadu i ciężar gatunkowy moczu. Od chwili większego wypełnienia tętnic a ztąd powiększenia się ilości moczu ustępują także i inne objawy zaburzonéj kompensacyi, jak opuchlina powłok i jam surowiczych, sinica i zastój w płucach i w wątrobie. Ciężar ciała w skutek tego dość szybko opada (dość przytoczyć przypadek IV, gdzie w ciągu miesiąca wynosiła różnica w ciężarze 24 klgrm.) Obok tych przedmiotowych wyników lekowania i podmiotowo czują się chorzy swobodniejsi, uczucie bicia serca zmniejsza się, łaknienie wraca, a duszność, ten dokuczliwy przypad niekompensowanych zboczeń narządu krążenia, maleje lub ustępuje zupełnie. Pierwsze objawy tego skutecznego działania rozpoczynają się już po 1—2 dawkach. Jedném słowem możemy śmiało powiedzieć, że obydwa środki są w stanie sprowadzić kompensacyję serca, gdzie w ogóle jeszcze jest możebném.

Dzieje się to jednak nie zawsze i nie w równéj mierze. Widzieliśmy przypadki i z zupełnie ujemnym wynikiem; w jednych z nich (np. przypadek IX) zwyrodnienie mięśnia sercowego osiągnęło tę granicę, że i naparstnica nie zdołała skrzepić już czynności serca; w innych (np. przypadek IV, VII) trzeba było podnieść działanie serca poprzednio 1 lub 2 dawkami naparstnicy, a po odstawieniu takowéj, gdy czynność serca napowrót opadać poczęła, zastosowany dopiero gorzykwiat lub konwalija dzielnie podtrzymywały skuteczne działanie naparstnicy, nawet takowe podwyższały zwalniając często liczbę tętna, a zwłaszcza podnosząc jego napięcie i zwiększając ilość moczu. Dodajmy tu jednak od razu, że w innych znów przypadkach (np. III. VI, VIII) naparstnica mimo kilkodniowego podawania pozostała bez skutku, gdy gorzykwiat lub konwalija wywarły zbawienny wpływ na wadliwą kompensacyję. Z zachowania się tego wnosić możemy, że, mimo niezaprzeczonych wspólnych cech tych 3ch środków, t. j. naparstnicy, gorzykwiatu i konwalii, musi istnieć między nimi pewna różnica w działaniu, (o któréj co do gorzykwiatu wspomina już Bubnow, co do konwalii Stiller), skutkiem któréj w pewnych razach jeden środek nie działa, gdy drugi korzystny wpływ wywiera. Różnicy téj na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń nie można jeszcze dokładnie określić, nie można więc nacechować dokładnie wzajemnego stosunku tych 3ch leków do siebie pod względem siły działania. O ile jednak uprawnia do wniosku ogólne wrażenie, jakie odnieśliśmy z dosyć licznych doświadczeń, to naparstnicy należy się w każdym razie pierwszeństwo. Są jednak pewne właściwości gorzykwiatu i konwalii, które obok niezaprzeczonéj skuteczności dają im racyję bytu i winny je wprowadzić w użycie obok naparstnicy, a mianowicie: 1) brak wybitniejszych przypadów ze strony przewodu pokarmowego nawet po dłuższém używaniu, (czasem biegunka, raz tylko nudności), w czém znów na pierwszeństwo zasługuje gorzykwiat, 2) brak zbiorowego działania mimo nieraz kilkonastodniowego podawania leku bez przerwy, pod którym to względem pierwszeństwo przyznać trzeba także gorzykwiatowi, tak że co do siły działania i innych leczniczych przymiotów ułożyłbym te leki w szereg następujący: naparstnica, gorzykwiat, konwalija. Zbierając razem poczynione uwagi następujące wnioski z doświadczeń naszych można wysnuć:

1) Gorzykwiat i konwalija działają w ogóle skutecznie, podane wśród wskazań znanych dla naparstnicy.

2) Pod względem siły działania nie przewyższają po większéj części naparstnicy, mają jednak własności inne dodatnie, jak nieszkodliwy wpływ na przewod pokarmowy i brak zbiorowego działania, a pod temi względami gorzykwiat zasługuje na pierwszeństwo przed konwaliją.

3) Jest pewna różnica, bliżéj nie dająca się określić w działaniu tych środków, w skutek któréj w pewnych przypadkach, gdzie naparstnica nie działa, działa gorzykwiat lub konwalija i na odwrót lub też, że poprzednio trzeba skrzepić akcyję serca jednym środkiem, aby wpływ drugiego mógł się okazać.

Przy użyciu wspomnianych dwóch środków należy się więc kierować następującemi wskazówkami praktycznemi:

We wszystkich przypadkach zbaczającéj kompensacyi, jeżeli naparstnica okazała się nieskuteczną, należy jeszcze próbować przywrócić kompensacyję przez podanie gorzykwiatu, a gdy ten nie działa, konwalii, z należytém naturalnie uwzględnieniem tych przypadków, w których środki podniecające są wskazane.

W przypadkach wymagających dłuższego użycia ze względu na przewód pokarmowy i obawę zbiorowego działania należy albo odrazu zastosować jeden ze wspomnianych dwóch środków, albo w razie ujemnego działania skrzepić poprzednio czynność serca 1 lub 2 dawkami naparstnicy, a dalsze działanie podtrzymywać gorzykwiatem lub konwaliją, które wtedy nieraz jeszcze dzielniéj działają niż naparstnica.

W przypadkach, w których chory nie może zostawać pod bezpośrednią kontrolą lekarza, tak konieczną przy używaniu naparstnicy, dla braku zbiorowego działania na pierwszeństwo zasługują gorzykwiat i konwalija.

Kończąc uwagi nad wspomnianemi dwoma lekami mogę śmiało powiedzieć, że, o ile sięga doświadczenie zebrane w klinice prof. Korczyńskiego, tak gorzykwiat jak i konwalija zasługują na to, aby ich częściéj niż dotąd używano obok naparstnicy w leczeniu wad sercowych w ogólniejszém słowa znaczeniu.

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

III. *Syphilis tardiva.*

Na kiłę późną leczono w ciągu dwóchlecia sprawozdaniem objętego 36 chorych, tj. 20 mężczyzn i 26 kobiet. Nadmienić tutaj muszę, że tylko tacy chorzy dostawali się do naszéj kliniki, u których występowała przeważnie postać kilakowa, tworząca owrzodzenie skóry lub też zmiany w gardle i kości. Znaczna liczba chorych ze zmianami kiły późnéj znajdowała pomieszczenie w oddziale chorób wewnętrznych, lub w oddziałach chirurgicznym i chorób umysłowych. Tak więc usuwały nam się z pod badania po większéj części wszelkie zmiany kiły późnéj w narządach wewnętrznych. Tym sposobem więc sprawozdanie nasze z tego zajmującego działu chorób kiłowych musi być jednostronném.

Kiła trzeciorzędna objawiała się w naszych przypadkach najczęściéj w postaci kilaków, lub też owrzodzeń, powstających skutkiem ich rozpadu. Rzadziéj napotykaliśmy zmiany w kościach, systemie nerwowym i w ogóle w narządach wewnętrznych, najczęściéj zmiany kiłą późną wywołane w gardle, w krtani, a następnie w tkance skóry jakotéż i w tkance podskórnéj na podudziach, ramionach, piersiach itd. Stosunkowo rzadko występowały kilaki na nosie lub w jamie nosowéj, tylko w 6 przypadkach, u 4 mężczyzn i 2 kobiet. W 3 przypadkach siedliskiem kilaka było prącie. Przypadki takie są bardzo ważne, ze względu, że można łatwo pomięszać wrzód kilakowy z wrzodem zaraźliwym miękkim lub też z wrzodem kiły pierwotnéj. Z tego powodu na wzmiankę zasługuje przypadek następujący:

J. K., urzędnik lat 25 liczący, przybył do nas w połowie stycznia rb. Opowiada, że we wrześniu utworzył mu się duży wrzód na żołędzi o wejrzeniu słoninowatém, który rozszerzył się do ujścia cewki moczowéj i sprowadził stulejkę. Lekarz rozpoznał wrzód twardy. Leczenie było czysto ze-

wnętrzne. W październiku wystąpić miała wysypka krostkowa po całém ciele. Chory przebył wtedy leczenie przeciwkiłowe. Przed trzema laty miał wrzód na żołędzi, który uważano za wrzód miękki, i leczono go téż odpowiednio. W kilka tygodni potém miało chorego boleć gardło, ale uważając to za objaw zwykły nieżytowy, nie szukał pomocy lekarskiéj. Wysypki ani kłykcin sączących wtedy nie spostrzegł. Ponieważ wrzód na prąciu nie goił się, a w końcu listopada wystąpiły silne bóle głowy, wzmagające się ku wieczorowi, bezsenność, widoczna utrata pamięci i osłabienie władz umysłowych, przeto chory, z porady lekarza, przybył do kliniki. Badanie w dniu 17 stycznia wykazało: *Ulcus ad glandem penis subseq. phimosi. Ulcera diphtheritica ad fauces. Acne vulgaris per totum corpus disseminata.* Chory jest nadzwyczaj drażliwy. Trudno mu często przypomnieć sobie wyrazów dla oddania myśli, uskarża się na ciśnienie w głowie i ból wzmagający się szczególniéj ku wieczorowi. Polecono wewnętrznie *Natrium jodatum* i odpowiednie leczenie zewnętrzne. Mimo tego ból głowy wzmagał się z dniem każdym, chory widocznie tracił pamięć, był jakby odurzony. W nocy 24 stycznia rozwinęło się porażenie połowicze po stronie lewéj. Chory spostrzegł je dopiero rano, podaje jednak, że najprzód stracił władzę w ręce. Ból głowy utrzymuje się. Polecono okłady zimne na głowę i *Inf. fol. sennae.* 25 stycznia ból głowy mniejszy. Wcierania z 6 grm. szaruchy na dzień. 26 stycznia z powodu lekkiego zapalenia dziąseł wcierania dalsze z 3 grm. szaruchy na dzień. Czucie po stronie lewéj nieco upośledzone, wzrok zupełnie dobry. 28 stycznia wystąpiło częściowe porażenie *nervi abducentis et facialis sinistri.* 29 stycznia do objawów powyższych przystąpiła jeszcze *Alalia* niższego stopnia. 14 lutego ciągle wcierania. Mowa wyraźna powróciła. Bóle głowy ustąpiły. Przytomność umysłu znacznie lepsza, tak, że chory daje teraz niektóre wyjaśnienia o dawniejszym stanie zdrowia swego. 23 lutego po 24 wcieraniach chodzi z wielkim trudem o lasce. W ręce władzy żadnéj. Nerw twarzowy jeszcze porażony. 9 marca, po 40 wcieraniach chodzi dość dobrze, zawsze jednak o lasce, powłócząc nogą lewą. W ręce lewéj cośkolwiek władzy. Porażenie n. twarzowego ustąpiło. Polecono jodek i bromek sodu w równych częściach *(āā* 6.00 na 200 *Aq.).* 15 marca, pogorszenie. Chory znów utracił władzę w ręce. Chodzić nie może tylko z wielką trudnością. Zmiany w gardle zupełnie wyleczone. 16 marca wstrzymano dalsze używanie jodu, polecono znów wcierania po 3 grm. dziennie. 4 kwietnia chory zrobił znów 18 wcierań (razem 58). Polecono jodek potasu (10:200), 3 łyżki dziennie. 11 kwietnia wystąpiły kilaki i owrzodzenia kilakowe na podniebieniu miękkiém. Polecono pędzelkowanie nalewką jodową. Chory chodzi o lasce, zawsze jednak z trudnością. 25 kwietnia władza w ręku o tyle powróciła, że chory może utrzymać w niéj laskę i chodzić przy pomocy dwóch lasek. 10 maja polepszenie bardzo wolno postępuje. Według zdania odwiedzających krewnych chory nie odzyskał jeszcze téj przytomności umysłu, jaką miał dawniéj. 2 czerwca na żądanie rodziny chory opuszcza zakład w takim stanie, w jakim był na początku maja.

Najprawdopodobniéj więc mieliśmy tutaj do czynienia ze zmianą kiłową w naczyniach mózgowych. Za tém przemawiają bóle głowy bez wyraźnego umiejscowienia, poprzedzające czas jakiś porażenie rozwijające się zwolna i mimo energicznego leczenia nieustępujące w zupełności. — Porażenia takie na tle zmian w naczyniach mózgowych występują zwykle w późnych okresach kiły. Nader wyjątkowo zdarzają się porażenia podobne w przebiegu kiły wtórorzędnéj wczesnéj, a wtedy zwykle po odpowiedniém leczeniu ustępują zupełnie. Wystąpienie wreszcie kilaków i owrzodzeń kilakowych na podniebieniu miękkiém przemawia za tém, że chory przed trzema laty nie miał wrzodu miękkiego, lecz twardy (z czém także zgadzać się zdaje lekarz domowy chorego, mający go w opiece w ostatniéj chorobie w liście do nas pisanym), że chory przebył zatém już przed trzema laty kiłę drugorzędną. Teraz zaś wrzód na żołędzi prącia był wrzodem kilakowym, a wszystkie następstwa odnieść należy do kiły późnéj.

Zmiany kiły późnéj błony śluzowéj krtani wystąpiły u naszych chorych 5 razy (u 4 mężczyzn i 1 kobiety). Zmiany te należały do bardzo uporczywych. W jednym przypadku, mimo wszelkiego leczenia, rozpowszechniły się po błonie śluzowéj głośni, na głośni i gardle i prawdopodobnie pociągnęły śmierć za sobą. W dwóch przypadkach (u mężczyzn) kiła późna wystąpiła w postaci charakterystycznych objawów kiły nagminnéj. Obaj chorzy nie przypominali sobie, aby kiedykolwiek mieli wrzód twardy. Twierdzili tylko, że w wiosce ich ojczystéj więcéj osób podobnie choruje. Główném znamieniem téj kiły były rozległe owrzodzenia, zajmujące cały tułów i odnogi dolne. W gardle i w narządach wewnętrznych, jakotéż w systemie gruczołowym, zmian żadnych wykazać nie było można. Charłactwo w miernym stopniu odnieść należy w części znacznéj do złych warunków, w jakich lud nasz górski żyje. W obu przypadkach leczenie rtęcią wewnętrzne i zewnętrzne osiągnęło świetne wyniki. W dwóch przypadkach powstały suchoty płucne w przebiegu kiły trzeciorzędnéj. Nie będziemy się jednak tutaj rozwodzić nad związkiem, jaki zachodzi między jedném a drugiém cierpieniem.

W końcu przytaczam historyję jeszcze dwóch przypadków kiły trzeciorzędnéj, szczególniéj w jednym kiły ciężkiéj, w których róża wikłająca przebieg kiły wpłynęła w sposób szczególniejszy na pierwotną chorobę.

J. F., wyrobnik l. 36 liczący, został przyjęty dnia 6 kwietnia 1883. U chorego dobrze odżywionego znaleźliśmy wtedy na lewém skrzydle nosa obrzęk wielkości śliwki, miękki przypominający trochę obrzęk, jaki wywołuje *Rhinoscleroma*, lecz różniący się konsystencyją znacznie miększą i powierzchnią, pokrytą licznemi wrzodami. Podobny guz lecz mniejszy wychodzi także z przegrody nosowéj. Pod kolanem lewém znajduje się także guz wielkości jaja gołębiego, twardy, nieprzesuwalny, wychodzący prawdopodobnie ze ścięgna mięśnia dwugłowego uda. Na prąciu blizna promienista. Podobna blizna na stronie wewnętrznéj uda lewego i na mostku. Wątroba macalna, konsystencyi zbitéj, o powierzchni jednak gładkiéj, stłumienie jéj zajmuje znacznie większe granice niż w warunkach prawidłowych. Śledziona znacznie powiększona, macalna, o brzegu grubym, zaokrąglonym, zbita. W moczu białka nie ma. W innych narządach zmian żadnych. Chory podaje, że żadnéj choroby wenerycznéj nigdy nie przebywał. Blizny na wewnętrznéj stronie uda, na mostku i na prąciu powstały przed paru laty po guzach, które otworzywszy się sprowadziły głębokie wrzody. Chory dotąd nigdy się na chorobę tę nie miał leczyć środkami wewnętrznemi. Rozpoznano: *Syphilis tertiaria, gummata alae nasi et septi narium, nec non ad internam partem genu. Cicatrices ad internam faciem femoris sinistri et ad penem post ulcera syphilitica.* Polecono *Kalium jodatum* wewnętrznie

a plaster rtęciowy zewnętrznie. Do 15 kwietnia nie zauważano zmian żadnych. 17 kwietnia z okolicy guza na nosie rozwinęła się róża, która pośród zwykłych objawów przy silném natężeniu gorączki dochodzącém do 40,9° C. zajęła całą twarz, skórę głowy włosami pokrytą, kark i część szyi. Usunięto jod i polecono zwykłe leczenie przeciwgorączkowe. 28 kwietnia chory przestał gorączkować, a równocześnie guz na nosie i pod kolanem zaczął się szybko zmniejszać. 3 maja guz na nosie przeszło o połowę a guz pod kolanem znacznie mniejszy. Na tyle głowy guz wielkości jaja gołębiego zbity, bolesny, skóra na nim zaczerwieniona nieprzesuwalna. 5 maja w guzie na głowie wyraźne chełbotanie. Kataplazmowanie. 9 maja guz w okolicy skrzydła nosowego zaledwo jeszcze widzialny, guz pod kolanem zmniejsza się ciągle. W guzie na głowie wybitne chełbotanie. 10 maja otworzono na głowie duży ropień, sięgający aż pod czepiec. Założono opatrunek jodoformowy. 29 maja chory opuścił klinikę zupełnie wyleczony, w miejscu guzów na skrzydle nosowém w przegrodzie nosa i pod kolanem ani śladu nie pozostało. Zmiany w narządach wewnętrznych jak w czasie przybycia chorego.

Widocznem więc jest, że w naszym przypadku jedynie tylko róża sprowadziła tak szybkie wessanie guzów kilakowych, i to nie tylko na obszarze, na którém się rozgościła, ale także i na częściach bardzo odległych, bo pod kolanem. Działaniu jodu nie możemy tego przypisywać, bo chory używał go tylko przez dni ośm po 2 gramy na dzień.

W drugim przypadku mieliśmy prócz zmian kiły trzeciorzędnéj na skórze głównie do czynienia ze zmianami w narządach wewnętrznych.

F. G., l. 26 liczący, służący, przybył 27 lutego 1883 r. Badanie wykazało: *Syphilis tardiva et quidem ulcus gummosum cruris sinistri. Cicatrices numerosae ad truncum et extremitates inferiores post ulcera syphilitica. Paralysis oculomotorii sinistri totalis. Nephritis parenchymatosa. Ascites et anasarca totius corporis.* Chory podaje, że w piątym roku życia został zarażonym i przebył kiłę, co wie od swoich rodziców. W kilka lat później wystąpiły wrzody na ciele, po których obecne blizny. Choroba nerek miała wystąpić mniéj więcéj przed kilku miesiącami. Kiedy wystąpiło porażenie nerwu okoruchowego, chory na pewne podać nie umie, ma już jednak trwać przynajmniéj parę lat. W miejscu obecnego wrzodu na podudziu miał powstać w końcu stycznia obrzęk, który przed tygodniem sam się otworzył. Czy chory był leczony środkami antysyfilitycznemi, nie mogliśmy się na pewne dowiedzieć. Poleciliśmy *Kalium jodatum* 10 : 200, 2 łyżki dziennie. 1 marca badanie chemiczne moczu wykazało składniki prawidłowe w ilości normalnéj. Białka dość znaczna ilość. W osadzie ciałka ropy dość częste, ciałka krwi pojedynczo, zwiększona ilość śluzu, wałeczki Belliniego dość często. 2/3 opuchlina zwiększa się coraz bardziéj. Wyraźne obrzmienie surowicze podniebienia miękkiego i nagłośni, *hydrothorax, ascites* większy. Mocz krwawy, zawiera znaczną ilość białka, zresztą składniki jak wyżéj prócz znacznie większéj ilości ciałek krwi białych i czerwonych. Wstrzymano jod, polecono zaś 4 proszki na dzień *chinini tannici* po 0,15 *pro dosi* i codzienną, godzinę trwającą, kąpiel dobrze ciepłą (na 45°C.). 6/3 opuchlina zmniejszyła się, apetyt lepszy. 10/3 opuchlina o połowę mniejsza. *Hydrothorax* ustąpił. *Ascites* znacznie mniejszy. W moczu białka, krwi, ropy i wałeczków mniéj. 17/3 w moczu, zawierającym małą ilość białka, krwi i wałeczków nie ma. Wrzód kilakowy na nodze goi się. 20/3 podniebienie miękkie obrzmiałe, w części jego prawéj tworzy się kilak. Białka w moczu więcéj. Polecono wstrzykiwania podskórne z 1% mrówkoamidu rtęciowego co drugi dzień. 23/3 kilak w gardle otworzył się. Wrzód powierzchowny, nieprzebijający łuku podniebienia miękkiego. 24/3 chory dobrze znosi wstrzykiwania podskórne rtęci. W moczu ślad białka dobrze dostrzegalny. Wałeczków nie ma. Obok komórek przechodowych i ciałek ropy, tu i owdzie ciałka krwi. Wrzód kilakowy na nodze ładnie się goi. 25/3 Na ciemieniu powstał w samym środku czaszki guz wielkości jaja gołębiego, bardzo bolesny. 26/3 chory gorączkuje, ciepłota 38,2. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. W moczu znów znaczniejsza ilość krwi, białka, ropy i wałeczki, chlorki w ilości prawidłowéj. Opuchlina zwiększyła się. Wstrzymano dalsze podawanie rtęci, polecono bańki na okolicę nerek. 27/3 *Status idem*, 29/3 *Status idem* tylko opuchlina większa. Guz na głowie zmalał, 31/3 dreszcz, ciepłota 39.5°C., chlorki zmniejszone w moczu, zresztą zmiany jak poprzednio. 1/4 ciepłota 40,3°, nudności i wymioty. Moczu krwawego, liczne wałeczki zawierającego, zebrano przez 24 godzin 200cm.sz. 2/4 ciepłota 39,8°C. na skórze głowy rozwija się róża. Moczu nie ma od 24 godzin. Kąpiele ciepłe 45°C. długotrwałe, *chininum tannicum* wewnętrznie. 3/4 ciepłota 39·2°. Róża szerzy się po twarzy i głowie. Moczu 180cm.sz., zawiera znaczniejszą ilość białka, wałeczków i ropy dosyć, mniéj zaś krwi niż przedtém. 4/4 Róża szerzy się po karku. Moczu 350cm.sz. jaśniejszego, mniéj białka zawierającego. 5/4 ciepłota 37·8, róża zbladła. Moczu 500cm.sz., białka mniéj, krwi nie ma. Wałeczki i ropa dość liczne. 6/4 róża znów się posunęła ku łopatkom i piersiom, na głowie zaś zbladła. W moczu więcéj krwawym, wałeczków i białka dużo. Chlorki prawidłowe. Niektóre wałeczki złożone ze samych ciałek krwi. 7/4 moczu 180cm.sz. Częste wymioty. Ciepłota prawidłowa. 8/4 moczu 300cm.sz. jak wpierw. Wymioty mniejsze. Chlorków w moczu nie ma. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. 9/4 ciepłota 36°, wymioty jeszcze się utrzymują. 10/4 ciepłota 36°. Róża zupełnie zbladła. Moczu 1350cm.sz. krwi i wałeczków nie ma, białka mała ilość. Wymioty jeszcze parę razy przez dzień. 12/4 mocz czysty, zawiera małą ilość białka, chlorki zmniejszone. Wymioty ustały. 15/4 moczu 1750 cm.sz. Białka ślad po odstaniu występujący. Chlorki zmniejszone. Opuchlina znacznie mniejsza. Przyskórek w miejscach różą zajętych łuszczy się. Chory czuje się znacznie lepiéj. 19/4 mocz jak wyżéj. Chory powrócił do sił, apetyt dobry. 21/4 moczu 1850cm.sz. Białka nieco więcéj. Chlorki prawidłowe. Opuchlina ustępuje. Wrzody kilakowe tak na podudziu jak i w gardle na zagojeniu. 26/4 W moczu czystym ślad białka dopiero po dłuższém odstaniu. Siły dobre. Opuchliny jeszcze ślady. *Ascites* zupełnie ustąpiła. 9/5 chory opuścił klinikę jeszcze trochę osłabiony. Wrzody kilakowe zagojone. Mocz prawidłowy. Porażenie powieki górnéj lewéj utrzymuje się bez zmiany. W kwietniu r. b. miałem sposobność widzieć chorego, służącego w jednym z tutejszych klasztorów. Cieszy on się zupełném zdrowiem. Wrzody kilakowe dotąd więcéj nie występowały, opuchlina nie powróciła, porażenie jednak powieki stale się utrzymuje.

W przypadku więc tym mamy do czynienia z wybitném zakażeniem kiłowém w okresie późnym, trzecim. Chory nabył kiły w wieku dziecięcym. Gdy do nas przybył, stwierdziliśmy jedyny pewny znak istniejącego zakażenia kiłowego, t. j. wrzód kilakowy na podudziu lewém. Blizny promie-

niste, porozrzucane po ciele, świadczyły, że chory wrzodów takich przebył więcéj, co zresztą sam potwierdza. Zupełnie potwierdziło rozpoznanie kiły trzeciorzędnéj wystąpienie kilaka na podniebieniu miękkiém w czasie pobytu chorego w klinice. Zachodzi teraz pytanie, w jakim związku pozostawały dwie inne zmiany chorobowe, zapalenie nerek i porażenie n. okoruchowego l. z zakażeniem kiłowém. Zapalenie nerek miało wystąpić na kilka miesięcy przed przybyciem chorego do kliniki. Wystąpiło więc w chwili najsilniejszych objawów kiły trzeciorzędnéj, to jest w czasie, gdy się potworzyły wrzody kilakowe, po których teraz blizny pozostały. Według wszelkiego więc prawdopodobieństwa, zachodzi pewien związek przyczynowy między kiłą a temi zmianami chorobowemi. Jakiego rodzaju jest ten stosunek przyczynowy i jakiém mianem określićby go wypadało, nie będę tutaj rozstrzygał. Porażenie powieki górnéj oka lewego trwać ma już od kilku lat. Trudno tutaj również powiedzieć, jakiéj ono jest natury — nie mając jednak innych widocznych przyczyn, któreby nam to zboczenie tłumaczyły, musimy również przypuszczać podstawę kiłową. Leczenie nasze przeciwkiłowe niewielkiém cieszyło się powodzeniem w zwalczaniu zapalenia nerek z jego następstwami. Jodek potasu, podawany przez pierwsze dni, wpłynął zdaje się niekorzystnie na zmianę chorbową w nerkach, bo wszystkie objawy jéj doznały pogorszenia, a w moczu wystąpiła znaczniejsza ilość krwi. Czy rtęć wywarła jaki wpływ leczniczy, trudno powiedzieć. Chory dostał tylko cztery zastrzyknięcia podskórne z mrówkoamidu rtęciowego 1%. Białka było w czasie tego leczenia mniéj, krew i wałeczki z moczu zniknęły, wrzody kilakowe tak na podudziu jak i w gardle zaczęły się goić. Czyż jednak można te widoczne objawy polepszenia kłaść na karb leczenia rtęcią, któréj podano tak małą ilość? Szkoda, że powikłanie nowe przeszkodziło dalszemu podawaniu rtęci. Z działania rtęci możnaby mieć pewną podstawę do osądzenia, czy zapalenie nerek było istotnie na tle kiłowém, czy téż było tylko przypadkowém powikłaniem. Tymczasem w początkach kwietnia, poprzedzona wybitnym okresem zwiastunowym, rozwinęła się róża na głowie, mając punkt wyjścia z guza świeżo powstającego, prawdopodobnie także natury kiłowéj. Skutkiem tego powikłania zapalenie nerek znów ostro wystąpiło, i zdawało się, że rozpoczynająca się już mocznica położy kres życiu naszego chorego. Tymczasem w miarę, jak róża ustępowała i objawy pierwotnéj choroby wyraźnie zmniejszać się zaczęły, tak że chory w czasie ozdrowienia po róży, nieleczony zupełnie środkami przeciwkiłowemi, opuścił zakład, powróciwszy zupełnie do zdrowia. W przypadku więc tym róża wywarła wpływ zbawienny nietylko na kilaki w gardle i na podudziu, ale jak się zdaje, także i na sprawę zapalną w nerkach. Niektórzy autorowie, a szczególniéj Pick, twierdzą, że róża wywiera wybitny wpływ leczniczy na zmiany kiły późnéj, nawet występujące w narządach głębiéj położonych, ale tylko na obszarze przez siebie opanowanym. Obydwa przez nas powyżéj przytoczone przypadki bynajmniéj nie potwierdzają tego zapatrywania. I owszem, w pierwszym przypadku róża na twarzy wywarła widoczny wpływ leczniczy także na guz kilakowy pod kolanem. W drugim przypadku róża, szerząca się po skórze głowy, twarzy i karku, zarazem wyraźnie przyspieszyła zabliźnienie się wrzodu kilakowego na podudziu, a jak się zdaje, że nie mało się téż przyczyniła do tak szczęśliwego zejścia groźnéj zmiany chorobowéj w nerkach. Nie we wszystkich jednak przypadkach naszych róża, wikłająca przebieg kiły późnéj, wywarła na tę chorobę wpływ tak zbawienny. W jednym przypadku u kobiety B. R., lat 22 liczącéj, u któréj rozpoznano dnia 13 maja 1883 r.: *Syphilis tardiva et quidem gumma exulcerans palati mollis, defectus septi cartilaginei nasi totalis et partialis ossei, graviditas in VII. mense*, róża rozszerzyła się po skórze twarzy i głowy. 23 maja nastąpił poród przedwczesny płodu nieżywego, a w 5 dni późniéj chora, pośród objawów porażenia serca, życie zakończyła.

Podobnie jak róża, wpływały na przebieg kiły i inne choroby ostre zakaźne, połączone z wysoką gorączką. I w czasie ich wystąpienia, objawy kiły (podobnie jak i niektórych chorób skórnych np. liszaja żrącego) malały, niekiedy nawet zupełnie ustępowały. Toż samo zauważyliśmy nietylko w chorobach zakaźnych, ale nawet, choć może w nie tak wybitnym stopniu, w każdéj sprawie chorobowéj, połączonéj z bardzo wysoką gorączką, dłuższy czas trwającą, a wikłającą przebieg kiły. Jednak między wszystkiemi temi sprawami chorobowemi a różą i ich wpływem na chorobę pierwotną, zachodziła jedna, ale nader ważna i wybitna różnica. Oto po ustąpieniu gorączki w przebiegu czy to duru, czy to płonicy, zimnicy lub innéj choroby, zmiany kiłowe znów z całą siłą występowały i wymagały energicznéj interwencyi lekarza. Tymczasem wpływ leczniczy róży widocznym był nawet jeszcze wtedy, gdy już gorączka zupełnie ustąpiła, a róża przestała się szerzyć. Dla tego téż chorzy nasi po przebyciu róży opuszczali zakład zdrowi, nie potrzebując na razie żadnego swoistego leczenia przeciw zmianom kiłowym. Jak długo wpływ ten, różą wywarty, trwał i powstrzymywał wystąpienie objawów nowych kiły późnéj, nie wiemy, tylko w przypadku drugim wiadomo nam jest, że chory od czasu opuszczenia kliniki czuje się zupełnie zdrowym.

Leczenie objawów kiły późnéj polegało na użyciu tak środków wewnętrznych jako i zewnętrznych. Wewnętrznie stosowano rtęć lub jod, często obok środków wzmacniających. Użycie jodu lub rtęci zawisłém było od poszczególnych wskazań. Długoletnie doświadczenie i liczne spostrzeżenia zebrane w klinice przekonały, że jod sam wskazanym jest przedewszystkiém w takich przypadkach, w których już to w czasie przebiegu kiły wtórorzędnéj, jużtéżto w czasie pierwszych objawów kiły późnéj przeprowadzono już energiczne leczenie rtęcią. Wtedy jod używany czas dłuższy, obok dyjety pożywnéj, wina, piwa a często żelaza z chininem działał znakomicie i niejednokrotnie usuwał znaczne zmiany kiłą trzeciorzędną wywołane. Przeciwnie zaś u osób, dotkniętych zmianami kiły późnéj, dotąd rtęcią nieleczonych, przeprowadzano zazwyczaj najprzód leczenie rtęcią, zwykle w postaci wcierań po 3grm. szaruchy dziennie stosowaną. Dopiero ku końcowi leczenia podawano jod w postaci jodku potasu lub téż jodoformu. W wielu ciężkich przypadkach stosowano z dobrym skutkiem równocześnie wcierania i jodek sodu lub potasu. W kilku przypadkach uporczywéj kiły, w których jod nie działał należycie, polecano z dobrym skutkiem jodek sodu i bromek sodu równocześnie, zapisując go: *Rp. Natrii jodati, Natrii bromati āā 6,00—8,00. Aq. destillatae 200,00 S.* 2—3 łyżek stołowych dziennie.

Leczenie zewnętrzne, którego nigdy nie zaniedbywaliśmy, polegało na użyciu jodu, rozpuszczonego w glicerynie i jodku potasu, proszku jodoformowego, maści jodoformowéj (10%), przylepca rtęciowego itp. Wszelkie nacieki i owrzodzenia na błonie śluzowéj gardła, ust lub nosa pędzelkowaliśmy roztworem jodu w glicerynie i jodku potasu, w sto

sunku zależnym od wielkości zmian i ich umiejscowienia. Pędzelkowanie takie bardzo przyspieszało wessanie nacieków a zabliźnienie się owrzodzeń kilakowych. Guzy kilakowe w tkance skórnéj lub podskórnéj znajdujące się pędzelkowaliśmy nalewką jodową. Podobnie leczyliśmy zmiany w okostnéj i kościach, w miejscach takiemu leczeniu dostępnych. Owrzodzenia na skórze, powstałe skutkiem rozpadu guzów kilakowych zasypywaliśmy jodoformem, który działał zawsze znakomicie. Rana była czystą, ziarnina zdrową, a zabliźnienie szybko postępowało naprzód. Skoro wrzód wypełnił się już ziarniną, pokrywaliśmy go często plastrem rtęciowym, co bardzo przyspieszało wytworzenie się nieznacznéj blizny.

W przypadkach *ozaenae syphiliticae* polecaliśmy, obok pędzelkowania owrzodzeń błony śluzowéj jodgliceryną, przestrzykiwanie nosa 2 lub 3 razy na dzień słabym rozczynem nadmanganezianu potasowego lub téż kwasu borowego.

W przypadkach kiły późnéj, w których leczenie wcieraniami lub jodkiem potasu nie dawało odpowiednich wyników, polecaliśmy czasem odwar Zittmanna. Leczenie to przy zachowaniu odpowiednich ostrożności, obok użycia środków wzmacniających i odpowiedniego leczenia zewnętrznego, dało nam w kilku przypadkach wyniki dosyć zadowalające.

W końcu nadmienić jeszcze muszę, że w kilku przypadkach mieliśmy do czynienia z kiłą późną u osób, które nigdy nie były rtęcią leczone. Niektórzy nawet przeczyli, aby kiedykolwiek kiłę pierwszo- lub wtórorzędną przebywali. Objawy jednak i przebieg choroby, pojawienie się kilaków w tkance skórnéj, podskórnéj, śluzowéj lub podśluzowéj gardła, nie pozostawiały najmniejszéj wątpliwości, że w przypadkach tych mamy do czynienia z kiłą późną. U takich chorych kiła trzeciorzędna zwykle występowała bardzo złośliwie. Pojawiała się nietylko w narządach zewnętrznych, ale także bardzo wcześne szerzyła spustoszenia w narządach wewnętrznych. Charłactwo kiłowe szybko się rozwijało a leczenie często było bardzo trudném. Mimo wcierań szaruchy, podawania jodu, bromu, środków wzmacniających, mimo energicznego leczenia zewnętrznego i wewnętrznego, choroba nie zmniejszała się i coraz bardziéj podkopywała ustrój chorego. Przypadki tego rodzaju wcale u nas, szczególnie między ludem prostym, nierzadkie, świadczą wymownie, że zdanie dotąd jeszcze niejednokrotnie ze strony niektórych lekarzy wygłaszane, jakoby główną przyczyną kiły późnéj było leczenie rtęcią, nie ma żadnéj podstawy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Frerichs: **O cukrzycy.** (Berlin 1884, z 4 tabl.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 47).

Co do zejścia ostatecznego, to F. widział przypadki zupełnego wyleczenia cukrzycy; najczęściéj wszakże choroba kończy się śmiercią, wreszcie może ona przejść w inną chorobę. Najczęściéj trwa cukrzyca 1—2 lat, czasem rozciąga się na 15—20 lat, a w rzadkich przypadkach kończy się w 5—7 tygodni zwłaszcza u młodzieży.

W przypadkach z zejściem śmiertelném znajdujemy następujące zmiany: w systemie nerwowym odnoszą się schorzenia zwykle do rdzenia przedłużonego, mostu i móżdżku. Nowotwory znaleziono 6 razy, lecz najstalszą zmianą jest silne rozszerzenie drobnych naczyń rdzenia przedłużonego, któremu towarzyszą krwotoki i rozszerzenie przestworów międzynaczyniowych. W połowie przypadków występuje gruźlica płuc, zapalenia zaś płuc mają skłonność do przejścia w zgorzel. Serce okazuje wszystkie cechy zaniku zwykłego lub brunatnego. Błona śluzowa żołądka nie przedstawia nic nieprawidłowego; natomiast często w jelitach znajdują się wrzody gruźlicze. Wątroba zawiera często cukier, a w niektórych przypadkach i glykogen. Śledziona rzadko tylko jest powiększona, a jeszcze rzadziéj skrobiowato zwyrodniała. Trzustka zachowuje się rozmaicie, rozmiary jéj są prawidłowe, często jednak znacznie zmniejszone, raz spostrzegł F. znaczne zwyrodnienie tłuszczowe całego miąższu trzustki, innym razem cały gruczoł zamieniony był w ropień, w innym wreszcie przypadku znalazł zwyrodnienie rakowate tego gruczołu, a przewód żółciowy był uciśnięty. W nerkach stałą zmianą bywa t. zw. glykogenowe zwyrodnienie mocno rozszerzonych pętli Henlego, które pozostaje w ścisłym związku z wydzielaniem cukru w moczu i jest prawdopodobnie skutkiem wessania cukru, odbywającego się właśnie w tych częściach nerek. W szkielecie kostnym wielokrotnie F. stwierdził różnice w ciężarze o tyle, że kości diabetyków są znacznie lżéjsze, choć rozbiór Schultzego wcale nie wykazał ubytku soli wapiennych.

Doświadczenie poucza, że cukrzyca najczęściéj występuje u osób starszych między 40 a 60 rokiem życia, u mężczyzn 3 razy częściéj aniżeli u kobiet. Na 400 chorych było 102 Żydów, częściéj trzyma się klas wyższych a z powyższéj liczby tylko 60 przyp. odnosiło się do klasy pracującéj. Dziedziczność wywiera bardzo znaczny wpływ nawet w dalszych pokoleniach, a niekiedy oddziedziczenie t. zw. neuropatycznéj skłonności przyczynia się również do późniejszego rozwinięcia się choroby. Do momentów bezpośrednio wywołujących cukrzycę należą: zaburzenia w czynnościach nerwowych; a zatém obrażenia mózgu i rdzenia przedłużonego, choroby umysłowe, jak ogólne porażenie, padaczka, nadmierne natężenia umysłowe, i t. zw. afekty ujemne, ostre choroby zakaźne, choroby konstytucyjne, jak kiła a szczególniéj dna, zaziębienie, choroby wątroby i trzustki wreszcie udar słoneczny i inne.

Co do natężenia choroby rozróżnia F. *a)* formę lekką, w któréj wydzielanie cukru jest zależném od rodzaju pożywienia i ustaje, jeżeli się unika wodników węgla, lecz ta forma przechodzi najczęściéj w *b)* formę ciężką, gdzie i przy wstrzymaniu się zupełném od wodników węgla cukier się w moczu wydziela. Prócz tego odróżniamy cukrzycę, w któréj ilość moczu jest zwiększona i taką, w któréj ilość moczu jest prawidłowa; te ostatnie przypadki są rzadsze. Możemy także oddzielić cukrzycę według bezpośredniéj przyczyny, np. cukrzyca skutkiem chorób mózgu. Tu zauważyć należy, że w cierpieniach umysłowych cukier zjawia się niekiedy tylko przejściowo, ustępując późniéj bez śladu, w chorobach konstytucyjnych, np. dnie, rokowanie dla cukrzycy jest lepsze aniżeli w innych przypadkach, w kile zwykle dopiero wtenczas cukier pojawia się w moczu, gdy się wytworzą zmiany kiłowe w mózgu lub oponach. Cukrzyca u dzieci przebiega prędzéj i niepomyślniéj, niż u starszych. Niektórzy odróżniają także t. zw. cukrzycę przerywaną, jest to forma lekka najczęściéj skutkiem skazy dnawéj powstająca.

Najważniejszą częścią leczenia jest zalecanie spokoju umysłu i ciała. Chory powinien przechodzić się po wolném powietrzu, pobudzać czynność skóry, pokarm jego nie powinien zawierać wodników węgla; co najwięcéj może on spożywać nieco chleba, ale tylko jako dodatek do pokarmów mięsnych i jarzyn, niezawierających skrobi. Wielokrotnie

polecano mleko jako pożywkę dla diabetyków najodpowiedniejszą; lecz F. spostrzegał, przynajmniéj bardzo często, po używaniu mleka zwiększenie ilości moczu i zawartości cukru w tymże. Ze środków leczniczych makowiec uśmierza pragnienie, zmniejsza ilość moczu, i ilość cukru wydalanego, przyczém zwiększa się ciężar ciała; lecz do tego potrzeba wielkich dawek. Mniéj pomyślnie działają alkaloidy makowca morfin i kodein; inne zaś środki narkotyczne okazały się bezskutecznemi. Ze środków alkalicznych nie można odmówić skuteczności, przynajmniéj w niektórych razach, węglanowi sodowemu, lecz polepszenie stanu ogólnego i zmniejszenie odsetka cukru w moczu nie trwa długo, podobnież ma się rzecz z wodami mineralnemi, jak karlsbadzką, neuenahrską i wodą Vichy. Środki jak kwas karbolowy, salicylowy, będźwinowy, arszenik, roztwór jodu zmniejszają także ilość cukru tylko chwilowo. Sądzono dawniéj, że korzystną rzeczą jest podawać choremu ciała łatwo się utleniające. Cantani polecał jako taki kwas mlekowy, lecz według F. równie tak jak gliceryna, zalecana przez Schultzego, jest zupełnie bezskuteczny. Elektryzowanie i zażywanie chloralu były również bez wpływu. Jodoform sprawiał polepszenie bardzo krótko trwające. Ogólnie więc biorąc, obok stósownego zachowania się chorego najodpowiedniejszém jest używanie środków alkalicznych szczególnie wymienionych wód i to na miejscu. W niektórych przypadkach jest niezbędnym makowiec i jego przetwory. Z innych środków jeszcze najwięcéj polecić można salicylan sodowy, kwas salicylowy i jodoform.

W końcu zastanawia się F. ogólnie nad istotą cukrzycy. Głównym momentem w téj chorobie jest zwiększona zawartość cukru we krwi. Zwiększona czynność nerek nie ma żadnego wpływu na wydzielanie cukru; bo u ludzi cierpiących t. zw. *diabetes insipidus*, nawet po spożyciu znacznéj ilości cukru, nie ma go w moczu. Pytanie więc zachodzi, zkąd się bierze ta większa zawartość cukru we krwi? Otóż najprawdopodobniéj w wątrobie przechodzi cukier prędzéj aniżeli zwykle w krew. Czy to się dzieje pod wpływem zmienionéj innerwacyi, nie wiadomo; to atoli jest pewném, że wytwarzanie glykogenu w wątrobie diabetyków zupełnie prawie ustaje i cukier dostający się z pokarmami do jelit ulega tamże wessaniu i wchodzi z krwią żyły bramnéj do wielkiego obiegu. *Dr. Otto.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IX. Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z d. 8 listopada 1884.

Obecni: Przewodniczący: Dr. Widman. Członków obecnych 21.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

W dyskusyi kol. Dr. Rieger zauważa, że obserwacyje prelegenta są bardzo cenne — sądzi jednak, że za mało jest jeszcze obserwacyj takich, gdzie po stwierdzeniu zwiastunnego objawu zapalenia przyjądrza zalecił prelegent spokojne leżenie itd. i ustrzegł chorych od wystąpić mającego zapalenia przyjądrza. Dalej sądzi kol. Rieger, że zapatrywania i spostrzeżenia prelegenta zmieniłyby teraźniejsze teoryje o zapaleniu przyjądrza, według których, jak wiadomo, jad rzeżączki *per continuitatem* idzie z cewki moczowéj do woreczka nasiennego, przewodów nasiennych i jąder — a przecież przez spokojne leżenie nie znosi się możności przejścia choroby czy jadu téjże *per continuitatem*. — Kol. protomedyk Biesiadecki podnosi, że objaw skreślony przez prelegenta jest wielkiéj doniosłości — zachodzi tylko pytanie — gdzie się białko wytwarza i czy to wytwarzanie się białka uważać należy jako równoczesną metastazę w nerkach i jądrach, bo takich metastaz nie znamy, tylko z cewki *per continuitatem* do jądra, albo z cewki do pęcherza, przewodów moczowych i nerek; przypomina daléj przypadek choroby obserwowany z kol. Widmannem, t. j. chorego z Hydrocele, który w skutek urazu dostał zapalenia przyjądrza i u którego zauważano nieco białka w moczu, choć rzeżączki stanowczo nie było. Nie może sobie tedy wytłumaczyć, zkąd to białko pochodzi, czy z wydzieliny czy z nerek itp. — Kol. Dr. Seifmann zauważa, że skoro w rzeżączce są gonokoki, to nieodpowiednio nazwano w tym przypadku inwazyję gonokoków metastazą (głosy: a *gonitis gonorrhoica*), oświadcza daléj, że nie wątpi o tém, że są metastazy, ale skoro mowa o gonokokach, to te nie dostają się daléj drogą metastazy, lecz rozrastają się i w ten sposób dostają się daléj lub głębiéj. — Kol. Dr. Żuliński czyni uwagi odnoszące się do badania moczu, że lekarze badając zwykle pobieżnie mocz za pomocą kwasu azotowego lub ogrzania, gdy mocz oddziaływa kwaśno, znajdują nieraz białko tam, gdzie go wcale nie ma. Radzi więc, aby mocz badać dokładnie i różnemi sposobami wykazać białko, badać osad pod mikroskopem itd., to wtedy można wykazać także, zkąd białko pochodzi (wałeczki np. z nerek), daléj badać ilość i jakość białka itd. Przypomina zresztą, że pojawienie się białka w moczu jest objawem przeróżnych innych stanów chorobowych, nietylko nerek, np. chorób nerwowych (przestrach itp.), chorób gorączkowych, zażywania wewn. rozmaitych środków leczniczych (kopaiwy itd) itd. Według danych statystycznych naprzykład na 1800 moczów białkowatych była $^1/_3$ tylko, to jest 600 moczów, białkowatych z powodu chorób nerek *(Bright-Nephritis)*, a $^2/_3$ czyli 1200 moczów białkowatych było z innych chorób, przeważnie nerwowych. Jeżeliby więc można wnioskować z białka w moczu w rzeżączce o wystąpić mającém zapaleniu przyjądrza, to trzeba starać się zbadać, czy to białko pochodzi z nerek (dokładném badaniem chemiczném i drobnowidowém), czy raczéj nie powstało z jakich powodów nerwowych. — Kol. Dr. Laskiewicz zapytuje, czy prelegentowi nie wiadomo, że zapalenie przyjądrza częściéj się wydarza tam, gdzie w rzeżączce erekcyje są częste i jaki między temi objawami zachodzi stosunek; daléj czy erekcyje u osób erotycznych w rzeżączce w drodze odruchowéj wywołane ułatwiają może w drodze mechanicznéj (w skutek rozszerzenia przewodów nasiennych) przejście wypociny z cewki ku tym przewodom, a więc szerzenie się choroby *per continuitatem*, czy téż przeciwnie może erekcyje są skutkiem owego rozszerzenia się choroby. Gdy jest bolesność w okolicy przewodów nasiennych, ma się rzecz zapewne tak, jak w drugim przypadku przypuszcza. Możnaby więc może z tego wysnuć jakie wskazówki terapeutyczne. Wreszcie zapytuje prelegenta, czy nie podejrzywał, że pomiędzy przytoczonemi przypadkami byli może i tacy chorzy, którzy przed leczeniem się albo podczas leczenia się u prelegenta zażywali pokryjomu środki przeciwrzeżączkowe. Kol. Dr. Tatarczuch zapytuje prelegenta, czy badał mocze chorych przed wystąpieniem białka i potém; daléj sądzi, że skoro jak wiadomo, w zapaleniu przyjądrza ustaje prawie wydzielina rzeżączkowa z cewki, a wtedy i białko ustaje, to może białko w moczu przed wystąpieniem zapalenia przyjądrza pochodzi z wydzieliny rzeżączkowéj. Kol. przewodniczący Widmann pyta, czy prelegent spostrzegał kiedy, żeby u chorych, którzy podczas choroby (rzeżączki) leżeli w łóżku, także zapalenie przyjądrza wystąpiło i o ile częściéj występuje zapalenie przyjądrza u chorych na rzeżączkę, którzy podczas choroby nie leżą, lecz ambulatoryjnie się leczą. Daléj zapytuje, czy w zapaleniu przyjądrza są chlorki w moczu zmniejszone, sam bowiem badając mocze chorych na rzeżączkę nie znalazł chlorków.

Kol. Krówczyński odpowiada na pojedyncze zapytania: Że uważał za obowiązek podać spostrzeżenie swoje mimo niedokładności, aby zbiorową obserwacyją rozstrzygnąć, czy to spostrzeżenie jest prawdziwém, wątpi bowiem, aby rzecz spostrzeganą w 30 przypadkach należało kłaść na karb trafu tylko, a daléj zbiorowa obserwacyja może poda tłumaczenie faktu, o które prelegent w danéj chwili właśnie dla tego się nie kusi, że za małą jest ilość przypadków obserwowanych. Tém mniéj wagi przywięzuje prelegent do tych przypadków nielicznych, w których leżenie w łóżku itd. zapobiegło rzekomo wystąpieniu zapalenia przyjądrza, nie widzi zaś sprzeczności w tém, że leżenie mogłoby ochronić od zapalenia przyjądrza, chociażby zapalenie

powstawało zawsze przez przeniesienie się sprawy chorobowéj z przedniéj części cewki na tylną. Nie ulega bowiem wątpliwości, że ruch w każdym razie ułatwia przeniesienie się sprawy chorobowéj na przewody do przyjądrza prowadzące. Zapewne ważną byłoby rzeczą odpowiedzieć, zkąd białko pochodzi, dziś jednak uważa prelegent rozstrzyganie tego pytania za rzecz przedwczesną: najpierw bowiem pragnie, aby dalsza obserwacyja potwierdziła fakt podany i jego możliwy stosunek, jako objawu zwiastunnego, do zapalenia przyjądrza, a wówczas będzie można zastanowić się nad pochodzeniem białka. Nieprawdopodobném wydaje się jednak prelegentowi aby to białko pochodziło z nerek, i z chwilą wystąpienia zapalenia przyjądrza znikało; nie pochodzi ono z ropy cewki, ta bowiem nie daje nigdy reakcyi białka, gdy z cewki a mianowicie z jéj tylnéj części pochodzi. Daléj nieprawdopodobném wydaje się, aby białko z domieszki nasienia lub z prostaty pochodziło, w przypadkach bowiem spostrzeganych żadne objawy ani przedmiotowe, ani podmiotowe za zajęciem tych narządów nie przemawiały. Jeżeli miałby bawić się w domysły, wydawałoby mu się najprawdopodobniejszą rzeczą, że białko pochodzi z pęcherza; spostrzeżenia jednak robione na chorych podczas prywatnéj ordynacyi, z natury swéj niedokładne, nie mogły się opierać na badaniach morfologicznych składników białka, osadu moczu itd., oświadcza więc, że badał zawsze mocz przez gotowanie i kwasem azotowym, nie mógł zaś badać pod mikroskopem i te badania zachowuje sobie na przyszłość, zapewnia tylko, że zmętnienie i biała obwódka białka nad kwasem azotowym nie pochodziła z zażywania olejków eterycznych. Nikt nie zwrócił dotąd uwagi na stosunek erekcyj do zapalenia przyjądrza, zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że w przeniesieniu się sprawy chorobowéj z przedniéj na tylną część cewki odgrywają erekcyje bardzo ważną rolę, a więc ułatwiają powstanie zapalenia przyjądrza. Daléj, jakkolwiek zapewnić nie może, czy który pacyjent leczący się u niego, oprócz tego nie używał olejków eterycznych, wydaje mu się to nieprawdopodobném choćby dla tego, że inaczéj się przedstawia obraz reakcyi kwasu azotowego z białkiem, a inaczéj z moczem po zażyciu olejków eterycznych, szczególnie olejku kopaiwowego. Badając od dawna co do białka i oddziaływania moczu każdego rzeżączką dotkniętego, w przypadkach specyjalnie obserwowanych, o których wyżéj wspomniano, badał mocz przed, podczas i po wystąpieniu zapalenia przyjądrza. Stanowczo twierdzi prelegent, że białko nie pochodziło z ropy rzeżączkowéj cewki, ta bowiem nie daje reakcyi białka; zwraca zaś na to uwagę z przyciskiem, że wydaje mu się być rzeczą ważną to połączenie oddziaływania kwaśnego moczu mętnego obok reakcyi białka, podczas gdy po podrażnieniu szyjki pęcherza i zapaleniu rzeżączkowém pęcherza, jeżeli nie zawsze, to przynajmniéj w znacznéj większości przypadków mocz mętny zawiera białko, lecz oddziaływanie moczu jest alkaliczne.— Chorzy na rzeżączkę przeważnie chodzą i leczą się ambulatoryjnie i ani razu nie stwierdził przytoczonego powyżéj spostrzeżenia u takiego chorego, który od początku choroby leżał; nie ulega jednak wątpliwości, że ruch usposabia i ułatwia wystąpienie zapalenia przyjądrza. Na zachowanie się chlorków postanawia zwracać uwagę, czego dotąd nie czynił.

Następnie przeszła dyskusyja na rozległe pole fizyjologii prawidłowéj i patologicznéj o wydzielaniu białka z moczem a brali w niéj udział koll. Przewodniczący, Protomedyk, Seifman, Pisek, Żuliński i w. i.

Po wyczerpaniu dyskusyi wnosi kol. Laskiewicz: 1) interpelacyję do Komisyi niegdyś z łona Tow. lek. gal. wybranéj, mającéj wypracować wnioski w celu ukrócenia nadużyć ze strony niedoktorów medycyny, w jakim stadyjum jest ta sprawa i czy będzie kiedy załatwioną i przedkłada do użytku téjże Komisyi dwa numery czasopism prawniczych, w których znajdują się uchwały Ministerstwa spraw wewn., mocą których patronat chirurgiczny nie jest stopniem akademickim lecz przemysłem chirurgicznym, daléj że patronom lub magistrom chirurgii nie wolno używać tytułu lekarzy. 2) Czyni wniosek, aby nad kwestyją bardzo doniosłą, mianowicie nad postępowaniem chirurgicznem w przypadkach niedrożności jelit (o czém była mowa na poprzedniém posiedzeniu Sekcyi), wznowić jeszcze dziś lub na następném posiedzeniu dyskusyję, gdyż sprawa ta pozostała dla niego nic całkiem wyjaśnioną.

Kol. przewodniczący Widmann odpowiada, że o czynnościach Komisyi powołanéj nic nie wie, a członków téj Komisyi nie ma na posiedzeniu. Co do uchwał zaś Ministerstwa spraw wewn. podanych w czasopismach przedłożonych objaśnia kol. protomedyk Biesiadecki, że ustawa przemysłowa wyjmuje z przemysłowców nie tylko Drów medycyny czyli lekarzy, ale także i osoby mające z medycyną pewną wspólność, a więc i chirurgów (magistrów i patronów chirurgii) i aptekarzy, daléj przypomina, że co do używania tytułu lekarza przez chirurgów Namiestnictwo galicyjskie ogłosiło to rozporządzenie chirurgom jeszcze zeszłego roku i zabroniło im używać tytułu lekarzy, lecz chirurdzy wnieśli przeciw temu rozporządzeniu Namiestnictwa przedstawienie dotąd nierozstrzygnięte.

Kol. przewodniczący poddaje wniosek drugi kol. Laskiewicza pod głosowanie; wniosek upadł.

Kol. Rieger zawiadamia Sekcyję o zawiązaniu się Tow. lek. wojskowych we Lwowie. *Dr. Wiktor.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,2. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 5 przypadkach płonicy (2 z. t.); 3 odry (2 z. t.); 4 błonicy (1 z. t.); 1 duru brzusznego (1 z. t.); 2 duru osutkowego (2 z. t.); 4 róży (2 z t.). W tygodniu od 9—15 listopada umarło z ospy w Londynie 35, zapadło na nią 219, leczyło się w szpitalach 790. W Tryjeście umarło z ospy 31, w Wiedniu i Odesie po 1. w Pradze i Lizbonie po 2, w Warszawie, Petersburgu i Madrycie po 3, w Madrasie 4, w Wenecyi 9. Z duru osutkowego umarło w Tryjeście i Palmie po 1, w Londynie 2. Odra panuje w Kopenhadze, płonica w Warszawie, Amsterdamie i Bukareszcie. Z cholery umarło w Paryżu od 5—11 listopada 375, w Kalkucie od 28 września do 4 października 11, w Madrasie od 27 września do 3 października 30, w Bombayu od 8—14 października 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,9; w Warszawie 30,2; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 21,9; w Budapeszcie 20,4; w Pradze 24,4; w Tryjeście 46,0; w Berlinie 24,7; w Hamburgu 25,3; we Wrocławiu 25,3; w Gdańsku 20,0; w Mnichowie 26,2; w Dreźnie 21,6; w Lipsku 20,2; w Genewie 18,4; w Brukseli 23,1; w Amsterdamie 30,1; w Hadze 21,0; w Paryżu 32,8; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 25,5; w Stokholmie 21,9; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 22,5; w Odesie 27,0; w Rzymie 22,2; w Wenecyi 23,2; w Bukareszcie 26,0; w Madrycie 31,9; w Lizbonie 20,6; w Aleksandryi 33,4; w Nowym Yorku 25,1; w Filadelfii 17,3; w Bombayu 29,9; w Madrasie 35,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. okazał prof. Obaliński kilka nowych narzędzi chirurgicznych i zbiór kamieni moczowych przez siebie wydobytych, poczém kol. Wł. Gluziński mówił o uwagach wysnutych z doświadczeń nad trawieniem w żołądkach fizyjologicznych i patologicznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. nadzw. Lewin otrzymał charakter tajnego radzcy lekarskiego. — **Wiedeń.** Dr. Adolf Lorenz habilitował się jako docent chirurgii. — Na opróżnioną po Jägerze katedrę okulistyki sprawozdawca komisyi prof. Stellwag proponował terno w porządku następującym: Fuchs, Sattler, Mauthner; Wydział atoli uchwalił większością jednego głosu i to na wniosek proff. Nothnagla i Alberta przedstawić Ministerstwu terno następujące: Mauthner, Sattler, Fuchs. — Habilitowali się jako docenci prywatni: dla farmakologii Paschkis, okulistyki Dimmer.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali starszymi lekarzami w rezerwie: Drowie Wojciech Fijałkowski, Jan Prus, Ignacy Schaitter i Teodor Błotnicki; zaś lekarzem asystentem Dr. Włodzimierz Łukasiewicz.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek d. 9 bm. o godzinie 5éj popołudniu w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw biurowych prof. Dr. Olszewski będzie mówił o soli rabczańskiéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego rozpisuje Zwierzchność gminna miasta Jordanowa z roczną płacą 300 złr. i dochodami z oględzin bydła i zwłok.

Warunki przyjęcia i bliższe szczegóły udzieli Zwierzchność gminna.

Termin wnoszenia udokumentowanych podań włącznie do 20 Grudnia 1884.

L. 438.

OGŁOSZENIE.

W skutek polecenia Wysokiego Wydziału krajowego rozpisuje się Konkurs na posadę sekundaryjusza I klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, z płacą roczną 600 złr. i pomieszkaniem na przeciąg lat dwóch ewentualnie czterech po zadowalającém pełnieniu obowiązków.

Podania należy wnieść do Dyrekcyi szpitala albo wprost lub przez odnośną władzę przełożoną najdalej do dnia 12 Grudnia 1884.

Z Dyrekcyi szpitala św. Łazarza.

Kraków d. 1 Grudnia 1884.

Dyrektor szpitala: *Dr. Harajewicz.*

KONKURS.

Na mocy upoważnienia ze strony Komitetu Towarzystwa Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie, rozpisuje się Konkurs na posadę pierwszego (a względnie drugiego) sekundaryjusza przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci z wynagrodzeniem roczném 504 złr. w. a. (względnie 400 złr.).

Posada niniejsza nadaną zostanie na lat dwa poczynając od dnia 1 stycznia 1885 roku, a ubiegający się o nią PP. Doktorzy wszech nauk lekarskich składać mają podania do dnia 15 grudnia 1884 w kancelaryi Dyrektora szpitala św. Ludwika.

Z Komitetu szpitala św. Ludwika.

Prof. Dr. Jakubowski.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.